UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE

ET

GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1922

PAR

Ph. JANDOT dit DANJOU

Né à Azé (Saône-et-Loire), le 30 Juin 1893

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, agrégé. }
DELMAS (P.), agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE

ET

GROSSESSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0112

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE

ET

GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1922

PAR

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Ph. JANDOT dit DANJOU

Né à Azé (Saône-et-Loire), le 30 Juin 1893

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. } *Assesseurs.*
EUZIERE, agrégé. }
DELMAS (P.), agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur.*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM.	RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements		DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.		GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)			CABANNES
Chimie		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. DUCAMP, prof., *président.*	EUZIÈRE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

PH JANDOT dit DANJOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE LYON

PH. JANDOT dit DANJOU.

NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE

ET

GROSSESSE

INTRODUCTION

On sait l'action défavorable exercée sur la grossesse par la plupart des maladies infectieuses. Depuis l'apparition de la névraxite épidémique, de nombreuses observations de cette maladie évoluant chez la femme enceinte, ont été publiées.

Quelle est l'influence de la névraxite épidémique sur la grossesse? A l'instigation de M. le professeur Euzière, c'est à cette question qu'il nous a paru intéressant de consacrer ce travail.

La première partie réunit 25 observations; certaines ont été recueillies dans la presse médicale. D'autres sont empruntées aux thèses des docteurs Fabre et Blouquier de Claret. L'une d'entre elles est due à l'obligeance de M. les professeurs Euzière et Galavieille.

Dans un second chapitre, nous étudions :

A. — *L'influence de la névraxite épidémique sur la mère.*

B. — *L'influence de la maladie sur le fœtus ou l'enfant.*

Enfin, dans la dernière partie, nous avons cherché quel enseignement pratique on pouvait tirer des faits cliniques exposés.

OBSERVATIONS

Observation première

(Résumée. — Due à l'obligeance de MM. Euzière et Galavieille. — Inédite)

Forme parkinsonienne

Mme F..., âgée de 22 ans, était dans le premier mois de sa grossesse quand elle commença à se plaindre de malaises généraux, de fatigues considérables et de céphalée intense. Ces signes pathologiques furent d'abord attribués à son état de gravidité, mais le 12 janvier 1921, ils s'aggravèrent à tel point que M. Galavielle fut appelé auprès d'elle. Elle souffrait horriblement de la tête, mais restait dans un état de somnolence à peu près continuel. La température était de 39°, le pouls à 120.

Son état léthargique persista quelques jours, entrecoupé de crises d'excitation psychique avec délire et cauchemars. La malade était pâle, la langue épaisse, les urines rares, la constipation rebelle, l'état d'amaigrissement marqué. Dès cette époque, on était frappé de la raideur qui l'immobilisait, les réflexes tendineux étaient vifs. On notait un signe de Babinski positif. L'état resta à peu près stationnaire jusque vers le 20 janvier. A ce moment on remarqua une certaine amélioration. La température s'abaissa, l'agitation disparut, la malade répondait maintenant avec assez de facilité aux questions posées, mais

elle conservait son aspect soudé et son facies impassible.

Le 14 février, sa sœur accoucha. Elle assista sans émotion apparente à la naissance de son neveu et le soir même présenta un retour offensif de son mal. La température remonta aux environs de 38°. Le pouls ne dépassa pas 90°. Pendant une dizaine de jours, elle dut s'aliter; la raideur de la nuque s'accentua et elle eut des troubles nets de la mémoire oubliant l'accouchement récent de sa sœur et tous les détails du début de sa maladie.

Le 24 février, une nouvelle amélioration se produisit. Mme F... put se lever, mais elle réalisait dès cette époque un syndrome parkinsonien complet. Elle ne parlait plus, ne répondait que par monosyllabes, d'une voix basse et presque inintelligible. Elle se plaignait seulement d'une sensation de vide dans la tête. Le 15 août, elle accoucha dans d'excellentes conditions. Le travail, commencé à 11 heures du soir, était terminé à 1 h. 30 du matin. L'enfant était un garçon bien constitué, du poids de 3.600 grammes. L'accouchement amena une amélioration passagère de son état, mais bientôt elle s'immobilisa dans une attitude qu'elle devait garder jusqu'à sa mort.

Son aspect soudé était typique, son facies était hébété, la bouche entr'ouverte laissait incessamment couler une salive gluante. Elle parlait peu et quand elle le faisait, c'était pour présenter le symptôme décrit par Claude sous le nom de palilalie stéréotypée.

Paraissant complètement indifférente à tout ce qui l'entourait, elle ne faisait effort pour agir que lorsqu'il s'agissait de son enfant. Elle l'a allaité jusqu'au mois d'août 1921. Cet enfant s'est, du reste, parfaitement développé et n'a pas plus souffert de la maladie de sa mère pendant la grossesse que pendant le temps de l'allaitement. Vers le mois d'août 1921, Mme F... commença à

présenter de l'incontinence d'urine. Son caractère était devenu très instable. Sitôt après le sevrage de son enfant elle devint absolument insupportable et sa famille ne pouvant plus la garder chez elle, la fit admettre à l'Hôpital. Elle fit rapidement une escarre sacrée énorme. Tous les moyens thérapeutiques utilisés (arsenic à haute dose, scopolamine) restèrent sans influence sur son état général et sur sa rigidité. Elle quitta l'Hôpital en décembre 1921 dans un état de cachexie avancé et mourut peu après.

Observation II

Résumée. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, Guillen et Gardin

Forme parkinsonienne

Mme M..., âgée de 28 ans, eut, au début du mois de mai 1920, des besoins invincibles de sommeil; cet état de somnolence dura plusieurs jours, puis survinrent des phénomènes spasmodiques avec secousses myocloniques des membres, mouvements spasmodiques des muscles masticateurs. Il y eut, durant cette période, de la fièvre. Pas de troubles oculaires.

A la fin de juin, une amélioration se produisit, mais l'entourage de la malade fut frappé par son facies figé et la raideur des attitudes.

Cet état parkinsonien ne fit qu'accentuer au cours des mois suivants.

En novembre, il y eut suppression des règles et une grossesse commença. Cette femme entra à l'Hôpital de la Charité, au moins de juin 1921, au septième mois de sa grossesse.

On constatait alors tous les signes d'un grand syn-

drome parkinsonien : aspect soudé, facies inexpressif, hypertonie, rétropulsion, démarche à petits pas, tremblement des membres supérieurs. Le liquide céphalo-rachidien était normal, le Wassermann négatif.

La grossesse chez cette malade, atteinte d'un grand syndrome parkinsonien, évolua normalement. Elle accoucha le 1er août à terme ; il y eut une lenteur de la période d'expulsion qui nécessita une application de forceps. La délivrance fut normale. Le placenta pesait 450 grammes. Pas d'incidents dans les suites de couches. L'enfant, du sexe mâle, pesait 2.760 grammes à la naissance. Il fut nourri au sein. Il n'a présenté aucun signe d'encéphalite.

Observation III

Résumée. — Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris — Rathery et Cambessédès

Forme parkinsonienne

Mme A..., 28 ans, entre dans le service, le 9 juin 1919, pour une faiblesse progressive des membres inférieurs datant de trois mois environ.

En réalité, l'histoire de la maladie permet de préciser que le début remonte à plus d'un an.

En mars 1920, en effet, la malade qui jusque là était de mentalité normale, se livre à des excentricités. On l'a fait entrer à l'hôpital. Quant le mari est venu chercher sa femme un fait l'a frappé : l'état de somnolence invincible de la malade. Cet état de somnolence a duré deux mois, empêchant toute occupation, puis progressivement cette somnolence s'est dissipée. Mais la malade demeure hébétée et peu agile.

Pendant une dizaine de mois, la maladie semble s'être

ainsi stabilisée laissant comme séquelle une attitude un peu figée.

Entre temps, la malade a mené à terme une grossesse. L'enfant bien venu jouit d'une parfaite santé.

Nourri au sein pendant trois mois, il a dû être sevré quand la maladie de la mère a repris.

Il y a environ trois mois, une aggravation est survenue dans l'état de la malade. Elle a des mictions impérieuses, est obligée de garder la chambre et présente une soi-disant paralysie progressive des membres inférieurs. En même temps, l'hébétude et l'attitude spéciale font des progrès manifestes. La malade commence à baver.

A l'examen, on est frappé de l'immobilité du facies qu'anime seulement un sourire hébété où se fige la malade. Il y a de la rétropulsion. Pas de tremblements. Quelques mouvements rythmiques du gros orteil, mais pas de myoclonies.

En résumé, il s'agit à l'évidence d'un syndrome parkinsonien. Le Wassermann est négatif.

Observation IV

(Résumée. — Thèse Fabre)

Forme parkinsonienne

C. C..., 25 ans, multipare, enceinte de 8 mois. A été prise, le 4 novembre 1920, de malaises, courbatures, vomissements. La malade avait de la diplopie et on constatait un léger strabisme divergent.

En faissant lever la malade on remarquait que la colonne vertébrale semblait soudée et que la démarche rappelait celle de la maladie de Parkinson. Pendant les qua-

tre jours qui suivent, la raideur de la colonne vertébrale diminue, mais la malade est somnolente.

La ponction lombaire donne un liquide clair, mais hypertendu.

Le 9 novembre, on constate un facies un peu figé, peu expressif et un léger ptosis bilatéral. Les pupilles sont égales et réagissent bien.

Le 11 novembre, la malade peut se tenir debout et marcher d'un pas saccadé sans troubles de l'équilibre. La température est de 37°4. La somnolence persiste.

Pendant tout le temps de la maladie, les bruits fœtaux sont entendus normaux au lieu d'élection.

Wassermann négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 9 décembre il y a des signes de travail. Les membranes se rompent, la dilatation est complète. On hâte l'accouchement par une application de forceps. La délivrance se fait normalement. L'enfant était bien portant.

Revus en décembre, la mère et l'enfant étaient en bonne santé.

Observation V

(Résumée *in Sud Médical* Rouvier)
Forme léthargique

L. I..., 25 ans. Primipare. Entre le 1er décembre 1920 à l'hôpital. Grossesse de 7 mois ayant jusqu'alors évolué normalement.

Depuis trois jours, la malade a de l'agitation, du délire confusionnel, des troubles de la vue.

A l'entrée, on constate une somnolence très accentuée. Température : 38°5. La malade ne peut uriner spontanément.

Système nerveux : réflexes tendineux, normaux. Pas de troubles oculaires. Ponction lombaire, liquide clair, légèrement hypertendu. On pense à une encéphalite aiguë épidémique.

Le 2 décembre : température, 38°9. Pouls 140. La torpeur paraît s'accentuer. Bruits du cœur fœtal, bons.

3 *décembre.* — La malade urine sous elle. L'état général paraît aggravé. La femme est « en chien de fusil » et présente un peu de raideur de la nuque. Pupilles égales, en myosis léger. Parésie des muscles droits externes. Bruits du cœur fœtal, bons.

4 *décembre.* — Etat général très mauvais. La malade dort profondément. Il est difficile de la réveiller. Température, 39° ; pouls, 160. Ptosis bilatéral. Paralysie des muscles de l'œil.

La malade meurt dans la soirée. ,

Observation VI

(Résumée. — Thèse Fabre)

Forme oculo-léthargique

Mme X..., 23 ans, primigeste, entre à la Maternité le 3 juillet 1920, envoyée par son médecin, parce que, depuis quelques jours, elle est plongée dans une sorte de demi-coma. Dernières règles 4 février 1920. La malade était enceinte de 5 mois.

Depuis un mois environ, la malade se sentait plus fatiguée, accusant une sensation de courbature générale et surtout une grande envie de dormir. Cette tendance anormale est allée en progressant. Finalement, elle a dû s'aliter. Jamais la gestante n'a senti remuer son enfant.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune

femme, ayant l'aspect d'un sujet endormi. Du côté des yeux, on note de la paresse du réflexe pupillaire à la lumière et un certain degré de nystagmus. Pas de myosis, pas de ptosis. Un peu de raideur de la nuque. L'abdomen est peu volumineux. A la palpation, le fond utérin est perceptible vers l'ombilic. Les bruits fœtaux ne sont par perçus.

Le 4 juillet, l'état de la malade est devenu mauvais. La température est à 39°8, le pouls à 124. M. le professeur Vallois décide d'évacuer l'utérus. L'intervention est à peine commencée que la malade s'éteint progressivement. Les crises de narcolepsie, les troubles oculaires et la notion d'épidémicité avaient conduit à penser à une forme fruste d'encéphalite léthargique.

Observation VII

(Résumée. — Thèse Fabre

Forme oculo-léthargique

D. J..., 22 ans, entre à l'Hôpital, le 4 janvier 1921. Présente une grossesse de 4 mois et demi.

Vers le 20 décembre 1920, chez la malade est survenu un besoin irrésistible de sommeil. Le 25 décembre, la fièvre a fait son apparition. La malade s'est mise au lit. A ce moment s'est installée une diplopie qui a persisté pendant trois ou quatre jours.

Le 27 décembre, la malade est entrée à la Maternité où elle a somnolé pendant quarante-huit heures. Elle avait alors peu de fièvre, mais un délire de parole et d'action. Elle éprouvait, en outre, une difficulté très grande à articuler les mots et présentait des troubles de la déglutition.

Cet état s'est du reste rapidement amendé et, le 4 janvier, on note seulement une légère somnolence: les mouvements sont lents et malhabiles, la physionomie peu mobile; strabisme interne de l'œil droit peu accusé. Le Wassermann est négatif.

L'état s'est encore amélioré vers la fin de janvier.

A cette époque, la malade peut être considérée comme guérie. La grossesse n'a pas paru être influencée par cet épisode pathologique.

D. J..., sent remuer le fœtus, dont les bruits du cœur sont normaux.

Observation VIII

(Résumée. — *Revue médicale de la Suisse Romande*. A. Repond)

Forme oculo-léthargique

Mme A. B..., 42 ans. Grippe en 1918, caractérisée par une très forte somnolence pendant toute la durée de l'affection. Grossesse normale; date probable de l'accouchement, 12 mars. Il y a trois semaines, la malade s'est plainte de malaises et de voir double.

Elle était écrasée, disait-elle, par un énorme besoin de sommeil. Elle continue à vaquer encore aux soins du ménage, mais s'endort debout tout en faisant son travail. Cependant, la somnolence devient si forte que la malade doit s'aliter. La deuxième semaine de la maladie, elle a traversé un état délirant aigu.

Depuis le 7 mars, le délire a cessé.

Le 10 mars, la malade est plongée dans un sommeil profond qui dure depuis près de quinze jours.

La physionomie est rigide. La malade répond aux questions sans regarder qui lui parle.

Elle est partiellement désorientée dans le temps. A l'examen tous les mouvements volontaires sont libres. La démarche est lente et maladroite.

Pas de troubles oculaires.

Kernig, Romberg et Babinski, négatifs. Pas de tremblements intentionnels. Pas d'ataxie. Réflexes rotuliens: normaux.

La grossesse ne semble pas avoir été influencée par la maladie. L'enfant bouge normalement et l'on perçoit les bruits du cœur. Il y a eu un peu de fièvre pendant les trois premiers jours de l'affection, puis la température est tombée. La courbe en demeure assez irrégulière.

Depuis le 12 mars, l'état général s'aggrave assez rapidement. La somnolence devient de plus en plus profonde et ne laisse que de rares intervalles de demi-lucidité.

Le 17 mars, les bruits du cœur de l'enfant deviennent subitement mauvais. Dans la soirée, ils ne sont plus perceptibles; il n'y a pas de début de travail.

Dès le 17 au soir, la léthargie de la malade est complète, avec une température continue de 41°5.

Le 18 mars, à 11 heures du soir, la malade meurt.

Observation IX

(Résumée *in* Gynécologie et obstétrique. Couvelaire et Trillat)

Forme oculo léthargique

M. P..., primipare. Entre à la clinique Baudeloque, le 29 janvier 1919, à 15 heures. Légère atteinte de grippe en novembre 1918. Dernières règles du 24 au 28 avril 1918.

A son entrée, hauteur utérine normale. Bruits du cœur fœtal normaux.

Accouchement spontané le 29 janvier 1919. Enfant vivant du sexe masculin. Placenta : 600 grammes ; ce dernier sans particularités.

30 *janvier*. — Rien d'anormal.

31 *janvier*. — On note une léger ptosis de la paupière droite qui persiste les jours suivants. Somnolence légère.

2 *février*. — La somnolence est continue. Les jours qui suivent, on note, outre cette somnolence, du nystagmus.

Dans la soirée du 3, la malade présente de la raideur très prononcée des autres membres et une très légère raideur de la nuque.

5 *février*. — La paupière droite est complètement tombante. Du côté de la face, il semble exister un léger spasme facial. On note également du trismus. Pas de troubles des réflexes pupillaires. Réflexes ostéo-tendineux tous vifs. Contraction idio-musculaire vive et brusque de tous les membres.

Le 5 février apparaissent des troubles sphinctériens. Le ptosis est persistant à droite.

Signe de Kernig très marqué.

Les mouvements des membres sont douloureux. Depuis quelques jours, la malade tousse.

Le 7 février, l'auscultation révèle un foyer de congestion pulmonaire. La température est à 41°5. Le pouls à 160. L'état général est très grave, pré-agonique. A 13 h. 20 la malade meurt.

Trois ponctions lombaires pratiquées au cours de la maladie ont montré un liquide céphalo-rachidien normal, mais hypertendu. Le Wassermann a été négatif. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une polio-encéphalite aiguë marquée surtout au niveau des noyaux gris centraux.

L'enfant, après avoir présenté de l'hypothermie, s'est développé ensuite de façon normale.

Nourri au sein maternel pendant trois jours, il a échappé à la contagion. Il était bien portant en décembre 1919.

Observation X

(Résumée d'après Ricardo Jorge *in Paris Médical*, empruntée à Margaret Schultze

Forme oculo-léthargique

Femme âgée de 35 ans, ayant commencé à être malade le 23 avril 1919. Enceinte, le terme était dépassé d'un mois lorsque la névraxite, caractérisée par de la somnolence et des troubles oculaires est apparue.

Le 30 avril, la malade accouche normalement. Le travail a duré cinq heures.

La maladie a suivi son cours. Le 23 mai, la malade commence à se remettre, mais le 26 elle meurt subitement par embolie pulmonaire.

Observation XI

(Résumée, d'après Ricardo Jorge *inParisMédical*, emprunté à Margaret Schultze

Forme oculo-léthargique

Femme atteinte de névraxite épidémique à forme oculo-léthargique. La maladie est apparue au neuvième mois de la grossesse, le 28 mars 1918. Elle a accouché normalement le 3 avril 1918. L'accouchement n'eut aucune influence sur la maladie qui poursuivit son cours jusqu'à la guérison. Vivant, l'enfant présenta pendant quelques jours des symptômes pareils à ceux de l'encéphalite léthargique.

Observation XII

(Résumée d'après Ricardo Jorge *in Paris Médical*, empruntée à Margaret Schultz)

Femme âgée de 25 ans, atteinte de névraxite à type oculo-léthargique. Enceinte de cinq mois au moment de l'apparition de la maladie. Celle-ci a fait son cours jusqu'à la guérison. La période d'état a duré deux semaines. Le déclin fut lent et graduel. La grossesse ne s'en ressentit pas, évoluant normalement. L'accouchement eut lieu à terme, et ne présenta rien de particulier.

Observation XIII

(Résumée *in Paris Médical*. Ricardo Jorge)

Forme myoclonique

X..., âgée de 30 ans.

Entrée à l'Hôpital, le 18 avril 1920. Depuis quatre jours, sans autres perturbations initiales, elle a, au ventre, des mouvements anormaux, involontaires et sans douleurs.

Grossesse à terme. Secousses musculaires de la paroi abdominale et du diaphragme, violentes et rapides, se succédant à intervalles de quelques secondes, généralement sans douleurs, et quelquefois accompagnées de douleurs lancinantes. De légers mouvements convulsifs s'esquissent à la jambe droite et à la face. Température, 37°2, pouls, 90.

Liquide céphalo-rachidien, clair et limpide. Réaction de Wassermann, négative.

19 *avril.* — Ptosis palpébral. Les myoclonies augmentent d'intensité. L'accouchement survient spontané et sans douleurs.

20 *avril.* — L'état général a empiré après l'accouchement; tous les symptômes s'aggravent. Céphalalgie intense. Température, 38°9.

21 *avril.* — Etat stationnaire; les myoclonies continuent et prédominent; la somnolence apparaît.

22 *avril.* — Délire agité. Les mouvements myocloniques persistent. Le ptosis devient complet à droite. Température: 35°6.

23 *avril.* — Aggravation de l'état général; coma.

24 *avril.* — Mort à 3 heures du matin.

L'enfant vivant pèse 4.250 grammes. Forte cyanose. Eruption cutanée consistant en papules coniques disséminés sur la face et le cou. Myoclonies du même type et avec la même localisation que celles de la mère.

Le 23 avril, ces myoclonies diminuent d'intensité et, au bout de cinq jours, disparaissent.

Observation XV

(Résumée. — *Bulletin Académie de Médecine.* Marinesco)

Forme myoclonique

Multipare, âgée de 31 ans, gravide depuis sept mois, amenée à l'Hôpital dans un état de torpeur profonde, répondant difficilement aux questions qu'on lui pose.

Pendant qu'elle se réveille on constate un ptosis double et du strabisme divergent. La maladie a débuté cinq jours auparavant par de la céphalalgie violente, de l'inapétence et de la fièvre. Les muscles de la face et des membres sont animés de secousses rapides et régulières sans déplacement des membres. Les pupilles égales, réagissent à la lumière. Pas de Babinski. Pas de Kernig. La déglutition est difficile. Il y a de l'incontinence d'urine. Le pouls bat à 120. La température est à 39°. La hauteur de l'utérus dénote une grossesse dans le septième mois. Les bruits fœtaux sont perçus.

La quantité de glucose dans le liquide céphalo-rachidien dépasse 3,10 pour 1000. Légère lymphocytose. La quantité d'urée dans le sang est de 2 gr. 87 pour 1000. La réaction de Wassermann est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il n'y a pas de sucre dans l'urine, mais une légère albuminurie et quelques cylindres granuleux.

Comme l'état de la mère est grave, on pratique une césarienne conservatrice sans recourir à l'anesthésie. On extrait un fœtus asphyxié qui succombe après quelques inspirations. La malade n'a perdu de sang ni pendant ni après l'opération. Après l'opération, la température descend à 38°.

Le lendemain l'état de la malade s'aggrave de nouveau, le pouls est petit et très fréquent, la respiration difficile, et la température monte à 40°. La malade entre dans le coma et succombe le lendemain de l'intervention.

Observation XVI

(Résumée. — *Bulletin Academie de Médecine*. Macinesco)

Forme myoclonique

Malade, âgée de 32 ans, enceinte depuis cinq mois, entre dans le service de la clinique des maladies nerveuses, le 23 janvier. Elle est dans un état de torpeur et présente du ptosis bilatéral et des mouvements involontaires rapides de la face. Elle a de la fièvre. L'affection a débuté le 12 janvier 1921 par de la diplopie, des douleurs violentes dans le bras gauche et de l'insomnie. Quatre jours après le début de la maladie, on a constaté chez la malade, de la somnolence marquée. La température était élevée (39°). Il y avait du tremblement au niveau des membres. Elle avait alors de l'incontinence des matières et de l'urine. Le 24 janvier, la malade est dans un sommeil profond. Elle a la paupière droite plus tombante que la gauche. Les muscles de la figure sont animés de mouvements irréguliers et rapides. Aux doigts, on remarque des mouvements fins très fréquents, ainsi que des mouvements de préhension.

Aux membres inférieurs, il y a des mouvements de flexion et d'extension des orteils, de flexion de la jambe et de la cuisse.

Les pupilles sont inégales. Le réflexes à l'accommodation est aboli.

Il y a des troubles sphinctériens sous forme d'incontinence.

Le 26 janvier, la somnolence est très accusée et pendant les rares moments pendant lesquels elle demeure éveillée, elle a du délire onirique.

Plus tard, après une phase de légère amélioration, l'état général empire, la température s'élève. Les mouvements automatiques des membres supérieurs de même que les tremblements et les mouvements oscillatoires des membres inférieurs, s'accusent. Le sommeil devient plus profond, le pouls de plus en plus faible. Le 3 février, la malade ne répond plus aux questions. La température s'élève à 42°. La malade présente les signes somatiques d'une grossesse arrivée au cinquième mois.

On ne constate pas les mouvements actifs du fœtus et les battements du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. L'abdomen est très ballonné.

Autopsie. — L'examen histologique des centres nerveux montre une véritable poliomyélite plus accusée dans la région cervicale où l'on constate une infiltration considérable des veinules et des capillaires de la substance grise.

Dans les viscères, en dehors de l'hyperhémie, on ne trouve pas de lésions notables. Le fœtus n'offre pas de signes de macération. Il est en anosiam.

Dans le système nerveux central, il y a une forte dilatation des petits vaisseaux, dont la lumière est infiltrée de leucocytes. Les lésions sont moins accentuées que chez la mère, mais elles montrent nettement cependant, que le virus a traversé le placenta.

Observation XVII

(Résumée. — *Bulletin Académie de Médecine.* Macinesco)

Forme myoclonique

Femme de 25 ans. Elle entre à l'Hôpital, le 6 juillet 1921, pour des mouvements involontaires dans la moitié droite du corps. Elle raconte que, le 14 février de cette année, elle a été prise de fièvre, de céphalalgie et d'insomnie.

Elle était agitée et son mari ajoute qu'elle avait un délire professionnel. Le 1er mars, la malade, très affaiblie, pouvait cependant s'occuper de son ménage.

Trois mois après le début de l'affection, elle remarque des mouvements rythmiques involontaires dans la main et le pied du côté droit.

A ce moment, elle était enceinte depuis huit mois et demi et son enfant vient au monde à terme, sans présenter de troubles morbides.

L'accouchement s'est passé de façon normale.

Actuellement, malade anémiée, se plaignant de douleurs dans le pied droit, surtout au niveau du gros orteil.

Il existe des mouvements rythmiques du côté du membre supérieur droit, consistant en une flexion de l'avant-bras, puis des mouvements très apparents de propulsion et de rétraction de l'épaule droite et des contractions dans le sterno-cléido-mastoïdien du même côté. En outre, il y a des mouvements rythmiques de flexion aux orteils du pied droit. Les mouvements au niveau du quadriceps du côté droit, sont moins accusés.

Légère asymétrie faciale. Pas de troubles oculaires.

Réflexes tendineux normaux.

Babinski positif au cours de certains examens. Les autres réflexes cutanés ne sont pas altérés. Réflexe oculo-cardiaque absent.

Observation XVIII

(Résumée. — *Revue neurologique.* Macinesco)

Forme myoclonique

Femme âgée de 38 ans. Entre à l'Hôpital, le 12 juin 1920. On observe chez elle des mouvements rythmiques du membre supérieur droit. La maladie a débuté vers le 15 mars 1920 par des vertiges, une céphalée violente, de l'insomnie rebelle; phénomènes qui ont obligé la malade à rester alitée.

Elle était enceinte de sept mois.

C'est une semaine après le début de l'affection que la malade aurait aperçu des mouvements rythmiques du bras droit. Elle n'a eu ni paralysie oculaire, ni diplopie, ni accès de sommeil. Au contraire, la malade a souffert d'insomnie pénible et persistante.

A son entrée à l'Hôpital, c'est encore de céphalée, de vertige, d'insomnie que se plaint la malade.

Elle accuse en outre des douleurs violentes au niveau du cou et de l'articulation scapulo-humérale.

Les pupilles sont égales. Les réflexes à la lumière sont vifs. Le réflexe à l'accommodation est aboli. Pas de Babinski. Les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Pas de troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien est clair. La grossesse s'est terminée normalement.

Le nouveau-né n'a pas subi la contagion et est bien portant.

Observation XIX

(Résumée — *In* thèse Blouquier de Claret)

Forme myoclonique

E. L..., 23 ans, entre à l'Hôpital pour céphalée, hyperthermie et diplopie. Enceinte de sept mois. A l'examen, on constate une parésie du droit interne et de l'accommodation de l'œil droit. La face est inexpressive; parésie faciale bilatérale prédominant à droite.

La malade est dans un demi sommeil.

12 *janvier*. — Mêmes signes qu'à l'entrée, la tendance à la narcolepsie serait cependant moindre.

14 *janvier*. — Recrudescence de la température, 38°9. Quelques secousses myocloniques des membres supérieurs; secousses variables comme fréquence (en moyenne 8 à 10 par minute) et en intensité.

Le 16, l'état de la prostration est très accentuée. Constipation opiniâtre; la température atteint 39°5 et le pouls tachycardiaque est filant et irrégulier.

La nuit du 16 au 17 continue à présenter les mêmes phénomènes inquiétants et, de plus, un délire onirique assez actif s'installe.

Cependant, après plusieurs sommations, on parvient à la faire sortir de cet état délirant.

Jusqu'au 18, même état et à cette date apparaissent de plus des secousses myocloniques des membres supérieurs, du nystagmus bilatéral dans les mouvements de latéralité des globes oculaires.

Le 26 janvier, amélioration considérable de la malade.

Elle est admise à la Maternité. Le 6 avril, les bruits fœtaux ne sont plus perçus. La femme ne sent plus remuer

son enfant mort macéré. Placenta pesant 720 grammes, nettement syphilitique.

La jeune accouchée présente à la sortie de la Maternité un facies inexpressif, comme figé, mais aucun trouble.

(Cette observation prend du fait que la mère était syphilitique, un intérêt spécial. Il semble bien qu'elle réalise une combinaison de syphilis et de névraxite. On pourrait croire que les accidents myocloniques, léthargiques et délirants sont imputables à la seule syphilis. Mais deux raisons vont à l'encontre de cette opinion. La première c'est que la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien s'est montrée négative. La seconde c'est que sans aucun traitement spécifique intensif, le syndrome qu'elle présentait a de lui-même tendu à la guérison.

Si la réalité de la névraxite est hors de doute, il est également incontestable que la mort de l'enfant est imputable à l'infection spirochétique).

Observation XX

(Résumée. — Thèse Fabre)

Forme myoclonique

Mme A. C..., 30 ans, primigeste. Dernières règles, 20 mai 1920. Les deux premiers mois de la grossesse ont été pénibles : vomissements matutinaux quotidiens et vomissements alimentaires. Puis ces malaises ont cessé.

Au début du septième mois de la grossesse, la malade a recommencé à vomir. Elle a présenté de la diplopie et devait lutter contre une incessante envie de dormir. Cet état est allé sans cesse en s'aggravant.

A. C... entre à la Maternité le 17 janvier. Elle se trouve dans un état de profonde stupeur. On est frappé par le ptosis des paupières supérieures. Secousses myocloniques du diaphragme et de la sangle abdominale survenant à des intervalles irréguliers (cinq par minute).

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. L'état de la malade est très grave.

La malade ne paraît pas éprouver de douleurs d'origine utérine ; elle est cependant en voie d'avortement. Le col utérin est effacé et dilaté comme deux francs, les membranes sont rompues, sommet engagé. Bruits du cœur fœtal non perçus.

A 20 h. 30, la dilatation étant complète, l'avortement est terminé par une application de forceps. Extraction d'un fœtus macéré dont la mort paraît remonter à quatre ou cinq jours. Le fœtus est âgé de 7 mois et demi environ. A 21 heures, délivrance naturelle. A ce moment, le pouls est incomptable.

Le lendemain, 18 janvier, l'état est plus grave encore et la malade meurt ce même jour à minuit.

Observation XXI

(Résumée *in Sud Médical* Rouvier)
Forme myoclonique

C. J..., 25 ans, secondipare, entre le 20 décembre à l'hôpital. Enceinte de neuf mois.

Antécédents personnels. — Paludisme ancien ; une grossesse antérieure normale, suivie d'accouchement à terme ; avortement provoqué d'un mois en 1916.

Le 2 décembre, coryza, céphalée, lassitude générale.

Le 5 décembre, besoin irrésistible de dormir. Vives douleurs aux membres inférieurs.

Le 18 décembre, apparition de mouvements involontaires et désordonnés des autres membres. Somnolence marquée.

A l'entrée, le 20 décembre, on constate: température: 38°6. Grossesse au cours du neuvième mois, d'après le volume de l'utérus.

Au toucher, col ramolli mais ayant toute sa longueur. Présentation du sommet non engagée en O. I. D. P. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur fœtal bons.

Système nerveux: secousses myocloniques animant l'abdomen et les membres inférieurs, surtout le gauche; pas de troubles oculaires.

21 *décembre*. — Température, 40°; pouls, 120. Somnolence continuelle. Ptosis bilatéral. Parésie des muscles droits supérieurs de l'œil, surtout à gauche. Secousses myocloniques continuelles aux membres supérieurs. Secousses du diaphragme s'accompagnent du bruit glottique caractéristique du hoquet. Secousses myocloniques continuelles aux membres inférieurs.

Au toucher, O. I. D. P.; pas de modifications du col; bruits du cœur fœtal bons.

Etant donné l'état de la femme, on décide de provoquer l'accouchement. Introduction dans le col d'un ballon de Champetier de Ribes. Peu après, les contractions utérines apparaissent, mais sont complètement indolores. Dilatation du col par le manuel de Bonnaire, rupture artificielle des membranes. Application de forceps au détroit supérieur; extraction d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 2 kil. 300.

Poids du placenta: 390 grammes.

Peu après, l'état de la mère semble s'être sensiblement amélioré.

Le 23 décembre, l'état général est moins satisfaisant. La somnolence s'accentue. Ptosis bilatéral prononcé. Inégalité pupillaire. Nystagmus. Tendance à la catatonie. Température, 41°. La malade meurt dans la nuit.

L'enfant, dès sa naissance, a été isolé de sa mère et mis au biberon.

Il n'a à aucun moment présenté d'accidents fébriles ou nerveux. Il est mort à six mois, mais de gastro-entérite aiguë.

Observation XXII

(Résumée *in Sud Médical*. Rouvier

Forme myoclonique

B. A..., 45 ans, multipare, entre, le 31 décembre 1920, à l'Hôpital, se plaignant de « contractions utérines douloureuses ». Grossesse au cours du neuvième mois d'après le volume de l'utérus.

A l'entrée, le 31 décembre, on constate: des contractions rythmiques et violentes de la moitié gauche du diaphragme, se reproduisant toutes les secondes et agitant tout le corps. Chaque contraction de la coupole diaphragmatique refoule en bas et à droite la masse intestinale et l'utérus gravide.

Au toucher, aucune modification du col. Présentation du sommet non engagée en O. I. G. A. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur fœtal bons.

Etat stationnaire jusqu'au 4 janvier 1921.

Le 8 janvier, les secousses du diaphragme sont moins

violentes et moins fréquentes. Elles se produisent maintenant par séries, laissant entre elles quelque répit à la malade. Par contre, il existe des secousses musculaires de la jambe droite.

Le 9 janvier, des secousses musculaires très nettes apparaissent à la jambe gauche.

Le 13 janvier, amélioration sensible. Les secousses des jambes et du diaphragme sont moins violentes.

A 15 heures, accouchement spontané, très rapide d'un enfant vivant, ne présentant pas de symptôme morbide. Suites de couches normales. La femme sort guérie le 23 janvier 1921.

Observation XXIII

(Résumée. — Académie de Médecine. Altord)

Forme myoclonique

Femme de 25 ans, ayant été prise, au sixième mois d'une grossesse, de mal de tête, fièvre et bronchite. Entrée une dizaine de jours après à l'Hôpital Beaujon, elle était presque dans le coma. Sa température était de 39°8. On observait, à un examen attentif, un peu de strabisme externe de l'œil gauche. On observait des mouvements de carphologie puis, deux jours plus tard, des myoclonies du flanc gauche, presque subintrantes.

En outre, de temps en temps survenaient quelques secousses convulsives du membre supérieur droit.

Au bout de trois jours après son admission à l'Hôpital, la malade avait 40°4. Les secousses abdominales disparaissaient, les réflexes tendineux étaient tous abolis. Les battements cardiaques du fœtus devenaient plus sourds

et la malade ayant expulsé son fœtus, mourait quelques heures plus tard.

A l'autopsie, l'examen histologique a montré des lésions typiques de névraxite prédominant au niveau du locus niger. L'encéphale du fœtus ne présentait aucune lésion.

Observation XXIV

(Résumée. — Académie de Médecine. Mercier Andrieux ; Mlle Bonnaud)

Forme myoclonique

Femme de 28 ans, primipare, dont les dernières règles remontent au 11 mai 1919. Sa grossesse évolue normalement jusqu'au 29 janvier 1920, date à laquelle la malade est prise de brusques douleurs lombo-abdomino-diaphragmatiques progressives jusqu'au quatrième jour. Le septième jour, apparition de mouvements cloniques généralisés aux deux membres inférieurs, avec quelques contractions de la face. Tête fœtale non engagée en O. I. D. P. Le dix-septième jour, les douleurs cessent, mais la malade se plaint de diplopie de l'œil droit, puis de l'œil gauche. Insomnie complète, délire onirique.

Le vingtième jour, hypersomnie progressive; température normale.

Le vingt-deuxième jour (19 février), début de dilatation du col, mais pas de contractions utérines. Une application de forceps est rendue nécessaire à cause des battements irréguliers du cœur fœtal. Délivrance normale.

Dans les jours suivants, aggravation rapide de l'affection, et le quarantième jour, la malade succombe dans le coma.

L'enfant, du poids de 3 kil. 500, présente, dès la seconde semaine de petites secousses myocloniques localisées surtout à la tête et aux membres supérieurs. L'enfant rejette sa tête en arrière, se raidit tandis que de légères secousses myocloniques agitent sa bouche et ses membres supérieurs. Les crises, assez rapprochées, dans les quarante-huit premières lieures, s'espacent et diminuent durant les trois semaines qui suivent. L'enfant conserve ensuite une certaine excitabilité nerveuse; il sursaute au moindre attouchement et présente de temps à autre un léger strabisme convergent. Il se développe d'ailleurs normalement.

Observation XXV

(Résumée *in* Thèse Blouquier de Claret)

Forme myoclonique

M. L..., âgée de 29 ans, entre à l'Hôpital, le 2 avril 1920. Elle est malade depuis le 12 mars. L'affection a débuté par de la dysarthrie, puis par des douleurs violentes et continues dans le bras droit, puis le dos. Le 17 mars apparaissent des secousses cloniques au niveau des bras et des muscles abdominaux. La température à ce moment là était peu élevée et comme la malade était enceinte, on attribua tous ces symptômes à des manifestations éclampsiques légères.

Le 28 mars, la malade a du délire et une tendance à la somnolence permanente.

A son entrée, les symptômes dominants, sont une paralysie faciale gauche, un léger nystagmus, des secousses cloniques des muscles du bras, de l'avant-bras et de l'abdomen.

Le 5 avril, la malade accouche avant terme d'une fille bien portante. Le lendemain, agitation, délire, confusion mentale. La température monte à 39°2.

Le 8 avril, la malade est somnolente; le plus s'accélère; elle répond à peine aux questions. La température est montée à 40°4.

Le 9 avril, la malade meurt.

A l'autopsie, lésions typiques de l'encéphalite. L'enfant ne présente aucun symptôme spécial analogue à ceux de l'encéphalite.

Observation XXVI

(Résumée d'après Ricardo Jorge *in Paris Médical*, empruntée à Margarett Schultze)

Forme myoclonique

Femme âgée de 30 ans, atteinte de névraxite à forme myoclonique, le 14 avril 1920. Accouchement le 19 avril 1920 à terme. La malade est morte le 24 avril, cinq jours après la délivrance.

L'enfant était vivant, mais présentait des myoclonies congénitales pareilles à celles de la mère, dont il guérit au bout de cinq jours.

CHAPITRE II

A. — Influence de la névraxite épidémique sur la mère

Les statistiques établissent que la mortalité globale de la névraxite épidémique oscille de 20 à 30 pour 100. Sur les 25 observations que nous avons rapportées, on peut compter 16 morts, dont 15 sont imputables à la seule encéphalite. Il faut attribuer la seizième à une embolie pulmonaire.

Presque toutes nos malades supportèrent facilement leur grossesse jusqu'à l'apparition de la névraxite. Il n'est donc pas douteux qu'on puisse invoquer, contrairement à l'opinion de Fabre, comme cause de cette léthalité élevée (60 p. 100) la coexistence des deux états.

Puisque d'une manière générale la névraxite agit défavorablement sur la mère, il convient de se demander quel rôle joue dans cette action:

1° La forme clinique de la maladie;
2° La date d'apparition de celle-ci.

1° *Influence de la forme clinique de la maladie.*— Lorsque la grossesse s'est terminée normalement, il s'agissait, le plus souvent, soit d'une forme légère de la maladie, soit d'une forme parkinsonienne.

Les formes oculo-léthargiques ont certainement subi une aggravation du fait de la grossesse (observ. V, VI,

VIII). Mais ce que nous a montré surtout, la comparaison des 25 observations, c'est le caractère de gravité des formes myocloniques.

Cette constatation est loin d'être surprenante, car, en dehors de la gravidité, ce sont ces formes qui impriment à la névraxite l'allure la plus sévère. Cependant, il nous a semblé que, du fait de la gestation, cette tendance à la gravité était plus marquée encore.

Les formes myocloniques ont entraîné la mort de la mère dans une proportion de 80 pour 100, chiffre plus élevé que celui donné dans les statistiques se rapportant à tous les types cliniques de l'encéphalite.

Quand la grossesse s'est terminée par un avortement ou un accouchement prématuré, c'est de névraxite avec myoycylonies qu'il s'agissait (observ. XX, XXIII).

Enfin, l'étude des 25 observations a attiré notre attention sur l'action fâcheuse que l'accouchement imprime au cours de la maladie (observ. XXI, XXIV, XXV, XXVI).

La névraxite qui, jusqu'à la délivrance, était parfois de nature relativement bénigne, s'aggrava ensuite. Les symptômes augmentèrent d'intensité, l'état général devint plus mauvais et la maladie se termina par la mort.

2° *Influence de la date d'apparition de la grossesse.* — Considérant les cas où la névraxite apparut avant le sixième mois de la gestation, et ceux survenus après cette date, il nous a semblé que l'époque de l'infection ne jouait pas un rôle très important dans l'évolution de la maladie. Cependant, il est préférable que la névraxite survienne dans les premiers mois de la grossesse, car alors il y a possibilité de guérison avant la date où doit se faire l'accouchement, et celui-ci, alors, se passe normalement (observ. VII, XII).

B. — Influence de la névraxite sur le fœtus ou l'enfant

L'agent pathogène d'un grand nombre de maladies infectieuses est, on le sait, susceptible de traverser le placenta et d'infecter le fœtus *in utero*.

La transmission placentaire de la névraxite a été expérimentalement vérifiée par Levaditi, Harvier et Nicolau. A l'appui de ce fait, on a donné des preuves cliniques et anatomiques que nous avons pu retrouver dans ce travail. C'est ainsi que les nouveau-nés présentèrent parfois des myoclonies analogues à celles de leur mère (observ. XIII, XXIV, XXVI) et que l'examen histologique des centres nerveux, révéla parfois les mêmes lésions chez le fœtus et chez la mère (observ. XVI).

Sans doute, c'est à cette infection *in utero* qu'il faut bien souvent attribuer la mort du fœtus, mais dans la majorité des cas, celle-ci paraît avoir été causée par la mort de la mère elle-même.

Dans les formes myocloniques peut-être les secousses musculaires abdominales et diaphragmatiques ont-elles agi comme un traumatisme ainsi que le suggère Blouquier dans sa thèse (observ. XX).

Quelle qu'en soit la cause, nous avons pu nous rendre compte que, dans environ un tiers des cas envisagés, il y avait eu interruption de la grossesse. On voit par là que la névraxite compromet de façon importante la vie du fœtus *in utero* (observations XX, VI, XVI, XV, XIX, V, XXIII). Au contraire, la maladie paraît bénigne à l'é-

gard du nouveau-né. L'enfant est rarement atteint par la névraxite après sa naissance. Même lorsqu'il l'est, présentant par exemple des myoclonies congénitales, c'est de façon légère et peu durable (observ. XXIV, XXVI, XIII).

CHAPITRE III

Enseignement pratique tiré des faits cliniques

Etant donné le caractère de gravité de la névraxite épidémique pour la mère et pour l'enfant, il est naturel de se demander quelles mesures thérapeutiques il y a lieu de prendre pour diminuer la mortalité fœtale et maternelle. Le nombre relativement restreint des observations que nous citons ne nous permet pas d'apporter une opinion autorisée sur la question de la conduite à tenir lorsque la névraxite évolue chez la femme enceinte.

Mais les remarques suivantes nous ont été suggérées par la comparaison des diverses observations de ce travail.

Lorsqu'une intervention a été pratiquée, chaque fois la mort de la mère a suivi de peu l'acte opératoire (observ. VI, XV, XXI). Quant au résultat de l'intervention pour l'enfant, il fut très heureux dans le cas de l'observation XXI. La malade était dans le neuvième mois de sa grossesse. Son état devenait mauvais; on provoqua l'accouchement par l'introduction, dans le col, d'un ballon de Champetier de Ribes; dilatation manuelle de Bonnaire et application de forceps.

L'enfant naquit vivant et se développa bien.

Dans le cas que relate l'observation XV, la césarienne fut pratiquée au septième mois de la gestation, en raison

des symptômes alarmants que présentait la mère, mais on ne put extraire qu'un enfant mort.

Nous avons vu précédemment:

1° Que l'accouchement compromettait fréquemment la vie de la mère, laissant à l'enfant des chances relativement grandes de survie.

2° Que si la maladie guérissait avant la date de l'accouchement et que la grossesse se continuât, la délivrance se passait normalement.

De ces faits, il nous semble résulter que, dans les premiers mois de la gestation, l'expectative était la meilleure conduite à tenir. L'intervention compromettrait alors la vie de la mère et celle de l'enfant.

Près du terme, c'est encore l'expectative qui nous semble indiquée, l'accouchement normal étant moins dangereux pour la vie de la mère qu'une manœuvre obstétricale.

Ce n'est que dans les cas où l'état de la mère ne permet pas d'espérer pour elle une issue heureuse de la maladie, qu'il faut intervenir pour sauver l'enfant.

CONCLUSIONS

I. — La névraxite épidémique influe défavorablement sur la grossesse, entraînant fréquemment la mort de la mère et du fœtus.

II. — Parmi les différentes formes cliniques de la névraxite épidémique, les formes myocloniques ont une action particulièrement fâcheuse sur l'évolution de la grossesse.

III. — La date d'apparition de la névraxite épidémique ne joue pas un rôle important dans l'évolution de la grossesse.

IV. — L'accouchement est un facteur important d'aggravation de la névraxite épidémique.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous ne citons que les auteurs et les ouvrages directement consultés).

ACHARD. — *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 7 juin 1921, p. 645.

BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. *Thèse Montpellier,* 1921.

COUVELAIRE et TRILLAT. — Un cas d'encéphalite léthargique au cours de la puerpéralité. *Gynécologie et Obstétrique,* 1920, I, n° 1.

EUZIÈRE, CARRIEU, BLOUQUIER DE CLARET et BRUGAIROLLES. — Encéphalite léthargique et grossesse. *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* janvier 1921.

FABRE. — Encéphalite léthargique chez la femme enceinte. *Thèse,* 1921.

GUILLAIN et GARDIN. — Evolution d'une grossesse chez une malade présentant un syndrome parkinsonien. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 1921.

MERCIER, ANDRIEUX et Mlle BONNAUD. — *Bulletin de l'Académie de médecine,* 31 mai 1921, p. 625.

MARINESCO. — *Bulletin Académie de médecine,* juillet 1921 p. 34.

— Contribution à l'étude de l'encéphalite léthargique. *Revue neurologique,* 1921, n° 1.

— L'encéphalite léthargique et la grossesse. *Revue neurologique,* 1922, n° 11.

RATHERY et CAMBESSÉDÈS. — Encéphalite léthargique à évolution prolongée avec recrudescence à type parkinsonien. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 1921, p. 1051.

REPOND. — Grossesse à terme compliquée d'encéphalite léthargique. *Revue médic. de la Suisse-romande,* 1920, XL, n° 5.

RICARDO JORGE. — L'encéphalite léthargique et la grossesse. *Paris médical,* juin 1921.

ROUVIER, POUGET, HOUEL et GAUNY. — Sur trois cas d'encéphalite aiguë épidémique au cours de la grossesse. *Sud médical,* décembre 1921, n° 2006.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

Névraxite Épidémique et Grossesse.

Par M. Ph. Jandot dit Danjou.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 8 mars 1922.
Le Professeur,
DUCAMP.

Vu :
Montpellier, le 8 mars 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 mars 1922.
Le Recteur,
Jules COULET